现场确认提交材料及相关证明、表格

1．《医师资格考试网上报名成功通知单》（该表中“工作单位名称”加盖用人单位公章）。

2.有效身份证明原件及复印件。本人有效身份证件（有效期内）包括第二代居民身份证、临时身份证、军官证、警官证、文职干部证、士兵证、军队学员证；港澳台居民居住证或港澳台居民身份证（港、澳、台考生）、护照（外籍考生）。

3.考生在网上报名时上传个人jpg格式近6个月内的二寸免冠正面半身彩色白底照片（该照片同时用于《医师资格证书》和《医师执业证书》的制证，不得更换），现场确认时需交2张二寸同底版照片。

4．毕业证书原件及复印件（非大陆学历考生还须提交教育部留学服务中心出具的《国外学历学位认证书》。本科学历为专升本的考生，同时提交本科与专科毕业证书。）2002年(含)以后取得高等教育学历证书的考生请务必准确填写学历编号并登陆学信网（www.chsi.com.cn）打印《教育部学历证书电子注册备案表》。

5.考生试用机构出具的1年以上的《医师资格考试试用期考核证明》（试用机构涉及多个单位的，须多个单位同时开据证明，每个单位1份）。

6．试用机构的《医疗机构执业许可证》副本复印件（军队医疗机构除外）。

7．具有执业助理医师资格且符合报考执业医师条件的考生，还须提交执业助理医师《医师资格证书》、《医师执业证书》原件及复印件，如在执业注册过程中有变更记录，导致注册时间不满足报考年限的，须提供首次执业注册证明。

8．军队现役考生须提交居民身份证和军队相关身份证明原件及复印件，同时出具团级以上政治部门同意报考的证明。

9．以2020年毕业的研究生学历报考的考生，同时提交《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》及《在读研究生证明》。

10．参加短线医学加试的考生须提交《医师资格考试短线医学加试考试考生报名资格申请审核表》（具有执业助理医师资格且符合报考执业医师条件的考生，注册执业范围须为院前急救、儿科）。

11．考生（除军队现役、在校研究生、港澳台、外籍考生）均须提供与试用机构一致的连续三个月的社保缴纳凭证原件。

医师资格考试试用期考核证明

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | | |  | | 出生年月 |  | |
| 民 族 | |  | | 所学专业 | | |  | | 医学学历 |  | |
| 取得学历  年 月 | |  | | 有效身份证件号码 | | |  | | 证 件  有效期 |  | |
| 报考类别 | |  | | | | | | | | | |
| 试用机构 | | 名称 |  | | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | | 邮编 |  | |
| 登记号 |  | | | | | | 法人姓名 |  | |
| 试用起止  时 间 | | （ ）年（ ）月 至（ ）年（ ）月 | | | | | | | | | |
| 主要试用  岗位(科室) | | 岗位(科室)  名称 | | | 带教老师评价 | | | 带 教 老 师  医师执业证书号码 | | | 带教老师签字 |
| 合格 | 不合格 | |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
| 试用机构  考核意见 | | 我单位承诺：本表内容及所附材料真实、合法、有效。如有不实，我单位愿承担相应责任及由此所造成的一切后果。  合格 （ ） 不合格（ ）  单位法人代表/法定代表人签字：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 注： | 1.带教老师对考生从岗位胜任力（如：基本技能、医患关系、医际关系及职业道德操守等方面）作综合评价是否合格，并在相应栏目划“√”。  2.**军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。**  3.本表栏目空间不够填写，可另附页。 | | | | | | | | | | |

**应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书**

本人于 年 月 日毕业于 学校 专业。自 年 月起，在 单位试用，至 年 月试用期将满一年。

本人承诺将于今年8月21日前，将后续试用累计满一年的《医师资格考试试用期考核证明》及时交考点办公室。

如违诺，本人愿承担由此引起的责任，并按规定接受取消当年医师资格考试资格的处罚。

考生签字：

有效身份证明号码：

手机号码:

年 月 日

**在读研究生证明**

**院校： 学号：**

姓名： 性别： 身份证号：

入学时间： 毕业时间：

专业： 学位类别：

实习机构（不是毕业院校附属医院的请附情况说明并盖章）：

研究生管理部门（章）

签发人姓名：

签发日期：2020年 月 日

以当年毕业研究生学历报考的考生提交此表并于2020年8月21日前，将毕业证书及学位证书原件及复印件交至考点办公室。

2020年医师资格考试短线医学专业加试申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人信息 | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 身份证号 |  | | |
| 工 作 单 位 |  | | | 工作岗位 | |  |
| 加 试 内 容 | 院前急救 □ 儿科 □ | | | | | |
| 考生承诺   1. 本人自愿申请参加2020年医师资格考试短线医学专业加试。 2. 本人获得医师资格后，限定在加试内容所对应岗位工作。 3. 通过加试获得的医师资格不作为加试专业范围之外的注册、执业资格依据。 4. 以上个人申报信息真实、准确、有效。 5. 本人能够遵守以上承诺，如有违反，愿意承担由此而造成的一切后果。   考生签字：  日 期： | | | | | | |
| 单位审核：  单位盖章:  负责人签字： | | 考点审核:  考点盖章:  经手人签字： | | | 考区审核：  考区盖章：  经手人签字： | |